

mi paciente es...

Un niño de 11 años, de una barriada marginal...



Ángel Vera Casaño
Dermatólogo.
Hospital Materno-Infantil.
Complejo Hospitalario
Carlos Haya. Málaga.



Rafael Matas Vázquez
Psicólogo clínico. USMI
(Unidad de Salud Mental
Infantil).
Hospital Materno-Infantil.
Complejo Hospitalario
Carlos Haya. Málaga.

El paciente acudió por primera vez a la consulta de dermatología con un volante urgente, remitido por el Servicio de Urgencias de Pediatría de nuestro hospital. Venía muy nervioso, acompañado por su madre y la pareja de ésta (ambos muy preocupados).

Presentaba unas lesiones en la cara y en la palma de la mano derecha, de 3 semanas de evolución. Las lesiones de la cara (figs. 1 y 2) se localizaban en la región perioral y en la zona de la barba. Se trataba de pápulas eritematosas: algunas erosionadas y algo exudativas y otras se agrupaban formando placas. En la palma de la mano existía una placa eritematosa, exudativa, de contornos geográficos. El borde de la lesión era blanquecino y formaba un collarite de descamación periférica (fig. 3).



Figura 1. Pápulas eritematosas en la zona mandibular y perioral.



Figura 2. Detalle de las lesiones.



Figura 3. Placa eritematosa exudativa de borde geográfico y descamativo en la palma de la mano.

Lo primero que pensé es que se trataba de una tiña incógnita y le pregunté a la madre qué pomada había usado el niño. Yo estaba convencido de que me mostraría una pomada de

corticosteroides de alta potencia (Diprogenta® o Clovate® eran las candidatas), incluso pensé: «no me extrañaría que además le hayan dado corticosteroides por vía oral». Pero para mi sorpresa me dijo que lo único que había usado era una pomada de mupirocina que le prescribió su pediatra y que al ver que no mejoraba la había dejado de usar hacía unos días. Yo insistí y le pregunté si había acudido a otro médico que le hubiese prescrito algún corticosteroide, pero los tiros no iban por ahí.

Tomé una muestra del borde de la lesión de la mano e hice un examen directo y un cultivo micológico. En el examen directo se observaban seudohifas y algunas esporas, que hacían pensar en una *Candida*.

Independientemente de sus lesiones cutáneas me llamó mucho la atención el comportamiento del niño. Estaba muy nervioso, lloraba y de forma un tanto compulsiva se ensalivaba la zona afectada y la restregaba con su mano derecha. Además, durante la consulta el niño tuvo que ir al baño de manera urgente por no poder controlarse. La madre me comentó que el niño sufría de encoyprisis y que esto le ocurría en situaciones en las que estaba muy nervioso.

Como tratamiento dermatológico le prescribí fluconazol por vía oral, fomentos de borato sódico al 2 % y Brentan® crema (miconazol + hidrocortisona). Sin embargo, me pareció que lo más importante era remitirlo a la consulta de psicología infantil. Hablé con un psicólogo clínico que trabaja en la USMI (Unidad de Salud Mental Infantil) de mi hospital, y que conozco desde el colegio, donde éramos compañeros. Le dije que tenía especial interés en que visitara a este niño.

A las 2 semanas volví a ver al chico. El resultado del cultivo micológico fue *Candida albicans*. Me sorprendió que las lesiones cutáneas apenas hubieran mejorado a pesar del tratamiento, por lo que le insistí en la importancia de no manipular y ensalivar la zona y en que era muy importante que siguiera el tratamiento del psicólogo.

A los pocos días hablé con Rafael, el psicólogo, quien me comentó que el caso era muy interesante y me contó algunos detalles.

Me dijo que el ambiente familiar del paciente era muy difícil. Vivía, como he comentado antes, en una barriada marginal de la ciudad, en un piso de reducidas dimensiones junto a su madre, la pareja de ésta (sus padres estaban separados), dos hermanas de 17 y 16 años, ambas con un bebé de 8 y 2 meses, respectivamente (ambas madres solteras) y un hermano más pequeño que él. Su padre, drogadicto y en ocasiones delincuente, ha estado varias veces en la cárcel. El paciente comentó que veía poco a su padre, la mayoría de las veces de forma ocasional por la calle, y que éste le hacía poco caso y eso no le gustaba.

El paciente es un niño listo, que saca buenas notas en el colegio y extremadamente responsable. Está muy pendiente de su hermano menor (al que atropelló un coche hace unos años y él presenció el accidente) y también cuida de sus sobrinos pequeños. Les cambia a menudo los pañales y por las noches, si lloran, se levanta a darles el biberón o a mecerlos.

En el colegio, desde que tiene las lesiones en la cara, los compañeros se meten con él y le llaman «Barbarroja». En la primera consulta con el psicólogo, éste le pidió al paciente que hiciera un dibujo de lo primero que se le pasara por la cabeza, y el chico pintó lo que veis en la figura 4. Este dibujo representa la cara de un malhechor, con los dientes tipo Drácula, la cicatriz de la cara...

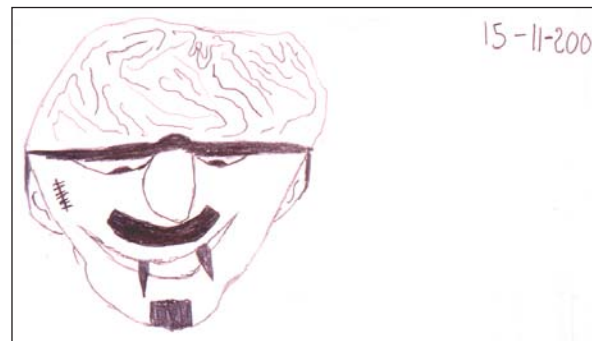


Figura 4. Dibujo que realizó el paciente en su primera sesión de psicoterapia, que refleja la imagen de su padre y de él mismo.

mi paciente es...

Un niño de 11 años, de una barriada marginal...

sin duda está representando a su padre y a la imagen que sus compañeros de colegio tienen de él, «el pirata Barbarroja».

Cuando tuve acceso a todos estos datos que me facilitó el psicólogo, entendí por qué el niño tenía esa manía de tocarse la cara y vi que sería difícil curar las lesiones cutáneas sólo con tratamiento antifúngico.

Durante 6 meses el paciente estuvo acudiendo a terapia con el psicólogo. También con la ayuda de los servicios sociales se hizo un apoyo a la terapia con actividades ocupacionales que le sacaran un poco del ambiente familiar. Acudió a talleres de pintura y de informática.

Las lesiones cutáneas fueron remitiendo lentamente ya sin tratamiento dermatológico y a los 6 meses habían desaparecido por completo (fig. 5).

Bien, ¿y cuál es el diagnóstico dermatológico? Pues tengo que decir que no tengo un diagnóstico muy exacto para este caso. Quizás por eso cuando presenté el caso en la reunión del Grupo de Dermatología y Psiquiatría celebrada en Madrid lo titulé «Dermatitis Barbarroja», pero éste, claro está, es un diagnóstico poco científico. Desde un punto de vista más dermatológico, podría decirse que se trata de una *dermatitis irritativa sobreinfectada por candidas*. Puede que alguien pueda pensar que se trataba de una dermatitis facticia, pero yo no estoy de acuerdo con ese parecer, ya que la dermatitis facticia acontece en trastornos mentales graves y este chico sólo tenía un *trastorno de adap-*



Figura 5. El paciente sin lesiones tras 6 meses de psicoterapia.

tación (CIE 10 F43). Además, en la dermatitis facticia, el paciente y a menudo sus familiares no reconocen que la lesión la provoca el propio paciente, lo cual no ocurría en nuestro caso.

Éste es un caso que todavía me enternece, al pensar en la bondad infinita y la responsabilidad extrema de este chico que le llevó a tener este problema en su piel. Por algo dicen que la piel es el reflejo del alma. Hace ya un par de años que no sé nada de él y me pregunto cómo le irá. Ojalá que le vaya bien.